



## Déclaration de Maladie



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W21-771444

**157900**

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	08197	Société :	Royal air. Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	Ex. Agent R.A.M.
Nom & Prénom : FATHI MohaMED			
Date de naissance : 19.04.1964			
Adresse : Imm. 17. APT. 0.B. Résidence maladie Benchid			
Tél. : 06.73.26.28.16	Total des frais engagés : 6000,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIBA FATHI Age: 12

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Trisomie 21

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-771444

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08197

Nom de l'adhérent(e) : FATHI

Total des frais engagés : 6000,00

Date de dépôt :

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICALS

L'achet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
HIBA MAZOUZ Psychomotricienne Tél : 06 53 97 62 33 hibamaz272@gmail.com	20/03/13					6000pt

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr. BIDANI Ilham

PÉDIATRE

Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
Diplômée de la faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة بيداني إلهام

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca le, 1/02/23

FATIHI. HIBA

Age : 12 ans

Trisomie 21.

130 Séances de Rééducation  
psycho-motrice.

BIDANI Ilham  
PÉDIATRE  
Allergologie Pédiatrique - Homéopathie  
714, Bd El Fida, Etg.2 Appt.4 Hay  
El Amal 1 - Casablanca  
Tél.: 05 20 71 72 71

Adresse: 714, Boulevard El Fida, 2<sup>ème</sup> Étage, Appt 4 Hay El Amal 1- Casablanca  
Tél.: 05 20 71 72 71 - Email: drilhambidani@gmail.com



## Devis mensuel de prise en charge d'enfant aux besoins spécifiques

Adhérent : MOHAMED FATHI

Nom Et Prénom : HIBA FATHI

Assurance : MUPRAS

Date De Naissance : 27/03/2010

Diagnostiquée : TRISOMIE 21

Nombre de séance par 2 mois : 30 séances de psychomotricité

A raison de 200 dhs par séance

Pour la période : 02.01.2023 à 31.03.2023

Arrête la présente devis à la somme 6000 dhs .

Signe : la présidente de l'association

HIBA MAZOUZ  
Psychomotricienne  
Tél. 06 53 97 62 33  
hibamaz277@gmail.com



جَمِيعًا  
مع الأشخاص في وضعية إعاقة  
نعمل معاً لصالح الأشخاص في وضعية إعاقة  
Ghaliyyat  
With people with disabilities  
We work together for the benefit of people with disabilities

714, Boulevard El Fida, 2<sup>ème</sup> Et.  
Tél. : 05 20 71 72 71

Adresse : 714, Boulevard El Fida, 2<sup>ème</sup> Et.  
Tél. : 05 20 71 72 71



NOM: Hiba Fakih

LA DATE: 02.01.23 à 31.03.23

Mois / jour	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Jan	X		X					X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Fév	X								X						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Mars	X									X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Signature de la spécialiste

HIBA MAZOUZ  
Psychomotricienne  
Tél.: 0653 97 62 33  
hibamaz272@gmail.com